© Коллектив авторов, 2016
УДК 616.447-008.61-06:616.716.1-002-07-08

И. В. Котова, А. А. Никитин, Т. А. Бритвин, М. И. Гузнова, М. Е. Белошицкий

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗ КАК ЛОКАЛИЗОВАННАЯ ФОРМА ФИБРОЗНО-КИСТОЗНОГО ОСТЕИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ГБУЗ ГУ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского (дир. — д-р мед. наук проф. Ф. Н. Палеев)

Ключевые слова: *первичный гиперпаратиреоз, локализованная форма кистозно-фиброзного остеита, верхняя челюсть*

«Бурая опухоль» — локализованная форма кистозно-фиброзного остеита, достаточно редко встречающаяся при первичном гиперпаратиреозе (ПГПТ) [2–5]. «Бурые опухоли» чаще всего наблюдаются в челюстно-лицевых костях, ребрах, тазовых и бедренных костях. Осевой скелет вовлекается редко [2, 5]. Дифференциальная диагностика между поражениями кости, обусловленными ПГПТ и развивающимися самостоятельно, представляется затруднительной из-за схожей клинико-морфологической картины, что приводит к диагностическим ошибкам [5]. Как правило, пациентов с новообразованиями в челюстно-лицевой области госпитализируют в профильные стационары по результатам рентгенологического обследования и проводят хирургическое вмешательство, вплоть до резекции пораженного фрагмента, не подозревая наличия ПГПТ. Через некоторое время возникает рецидив «бурой опухоли».

Пациентка Б., 50 лет, выявила новообразование на альвеолярном отростке верхней челюсти слева, в течение 4 мес отмечала его активный рост и появление деформации в подглазничной области. Обратилась к челюстно-лицевому хирургу в городскую клинику. Выполнена биопсия новообразования. Результаты патоморфологического исследования: «…вероятнее всего, гигантоклеточная опухоль; для дифференциального диагноза с паратиреоидной остеодистрофией необходимы данные о состоянии околощитовидных желез (ОЩЖ) и рентгенограмма лучезапястных суставов». Консультирована челюстно-лицевым хирургом. При обследовании уровни паратиреоидного гормона (ПТГ) — 1147 пг/мл (норма 11–62 пг/мл), кальция (Са) в крови — 3,81 ммоль/л (норма 2,12–2,6 ммоль/л), ионизированного кальция (Са++) — 2,12 ммоль/л (1,08–1,31 ммоль/л), щелочной фосфатазы — 239 ЕД/л (норма 64–300 ЕД/л), фосфора — 0,66 ммоль/л (норма 0,87–1,45 ммоль/л). Заподозрен ПГПТ, и больная госпитализирована в отделение хирургической эндокринологии МОНИКИ. При обследовании установлено, что общее состояние удовлетворительное, создание ясное, движения в суставах сохранены в полном объеме. Щитовидная железа (ЩЖ) увеличена (1 ст.), в нижнем полюсе правой доли пальпировалось новообразование плотно-эластической консистенции диаметром до 5 см без четких контуров. Конфигурация лица была незначительно изменена за счет увеличения объема подглазничной области. Открывание рта в полном объеме, движение нижней челюсти не ограничено. При пальпации в области верхней челюсти слева в подглазничной области обнаружено новообразование костной плотности, ограниченное нижнеглазничным краем, скуловым отростком верхней челюсти, скатом носа. В области верхней челюсти слева определялась деформация альвеолярного отростка с вестибулярной и небной сторон в области зубов 24–25 и 26–28.

При электрокардиографическом исследовании выявлены синусовая тахикардия с частотой сердечных сокращений 90 в 1 мин, изменения миокарда левого желудочка с признаками субэндокардиальной ишемии. При УЗИ были обнаружены эхографические признаки диффузных изменений структуры печени, поджелудочной железы, кист почек; щитовидная железа расположена типично, средних размеров, к нижнему полюсу правой доли ЩЖ прилежало гипоэхогенное неоднородное образование с четкими контурами размером 3,7×4,5×5,2 см. На компьютерной томограмме лицевого черепа выявлено новообразование тела и альвеолярного отростка

Сведения об авторах:

Котова Ирина Владимировна (e-mail: kotovaira777@gmail.com), *Никитин Александр Александрович* (e-mail: profnikitin@mail.ru), *Бритвин Тимур Альбертович* (e-mail: t.britvin@gmail.com), *Гузнова Мария Игоревна* (e-mail: myagkijnos@rambler.ru), *Белошицкий Михаил Евгеньевич* (e-mail: mbelosh1@mail.ru), Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, 129110, Москва, ул. Щепкина, 61/2, корп. 1

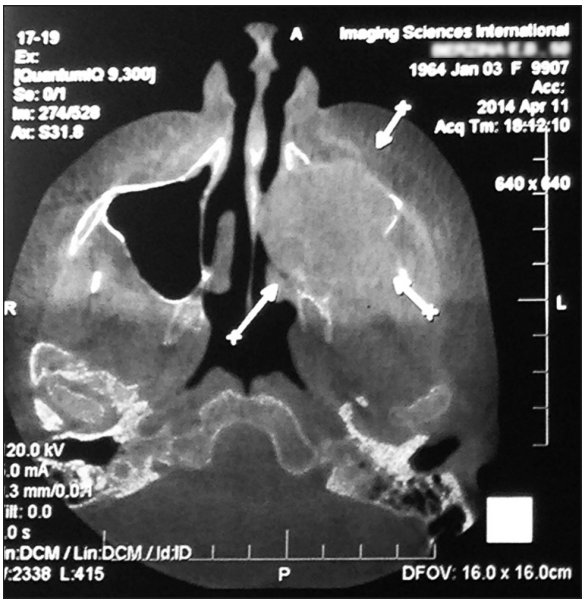

Рис. 1. Компьютерная томография лицевого черепа пациентки Б., 50 лет.

Новообразование тела и альвеолярного отростка верхней челюсти размером 5,0×4,5×4,5 см с распространением в верхнечелюстную пазуху, полость носа слева (стрелки — границы образования)

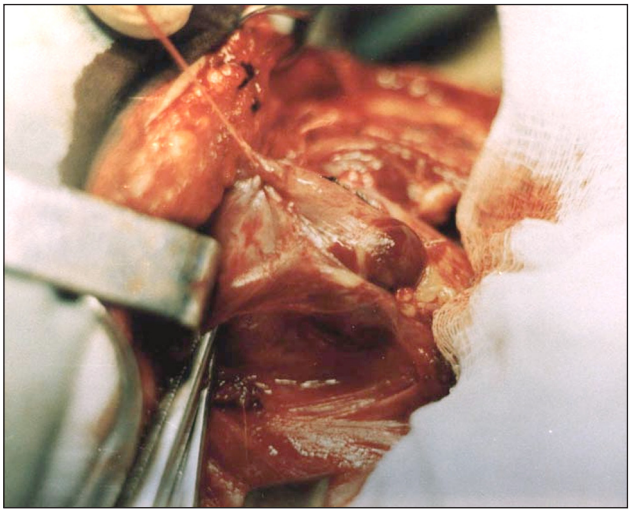

Рис. 2. Интраоперационная фотография той же больной.

Паратиреоаденома правой нижней ОЩЖ, эктопированная в нижний полюс правой доли ЩЖ

верхней челюсти размером 5,0×4,5×4,5 см с распространением в верхнечелюстную пазуху и полость носа слева (*рис. 1*). На рентгенограммах кистей и стоп признаков гиперпаратиреоидной остеодистрофии не выявлено. Остеоденситометрические показатели были в пределах возрастной нормы.

В связи с угрозой развития гиперкальциемического криза в экстренном порядке проведена операция. Выполнены ревизия всех околощитовидных желез; удаление аденомы правой нижней ОЩЖ; гемитиреоидэктомия справа в связи с тем, что паратиреоаденома была эктопирована в нижний полюс правой доли ЩЖ (*рис. 2*). На 2-й день после операции отмечено снижение уровня ПТГ до 99 пг/мл, общего Са — до 2,19 ммоль/л, Са++ — 1,17 ммоль/л, креатинина — 114 мкмоль/л. При патоморфологическом исследовании обнаружена «старая» аденома ОЩЖ дольчатого строения, располагавшаяся под капсулой ЩЖ, местами с перифокальным склерозом, ЩЖ имела обычное строение.

Обследована через 1, 3 и 6 мес после операции. Уровни Са, Са++ крови — в пределах нормальных значений, ближе к нижней границе нормы. Уровень ПТГ крови через 1 мес после операции достиг 170 пг/мл, через 3 мес — 140 пг/мл, через 6 мес — 46 пг/мл. Отмечено значительное уменьшение объема костного новообразования верхней челюсти.

Учитывая данные патоморфологического исследования («старая» аденома ОЩЖ), ПГПТ развивался в течение длительного времени, и его единственным клиническим проявлением стала локализованная форма кистозно-фиброзного остеита («бурая опухоль»).

Таким образом, в клинику хирургической эндокринологии пациентка поступила с угрозой развития гиперкальциемического криза. Проведение операции на верхней челюсти до операции на ОЩЖ могло спровоцировать гиперкальциемический криз — угрожающего жизни состояния, летальность при котором достигает 57–60% [1]. В течение 3 мес после операции отмечался повышенный уровень ПТГ. Как правило, это связано с тем, что при длительно существующем ПГПТ, сопровождающимся высоким уровнем ПТГ, меняется чувствительность периферических рецепторов к уровню ПТГ. В таких ситуациях врачу лучше ориентироваться на уровни Са, Са++ в крови. Тактика дальнейшего лечения таких пациентов зависит от степени поражения челюстных костей, так как после нормализации уровня ПТГ и Са отмечается стабилизация резорбтивных процессов в костной ткани, а в отдаленном периоде — их обратное развитие. При выявлении новообразований или кист челюстей необходимо определение уровней ПТГ, Са, Са++ в крови с целью исключения диагностических ошибок и профилактики рецидивов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Рожинская Л.Я., Мокрышева Н.Г., Кузнецов С.Н. Алгоритмы обследования и лечения пациентов в эндокринологии. Ч.II. Гиперпаратиреоз. М.: ФГУ «Эндокринологический научный центр», 2009. 28 с.
2. Phitayakorn R., McHenry C.R. Jaw tumor: An uncommon presenting manifestation of primary hyperparathyroidism // World J. Endocr. Surg. 2008. Vol. 2, № 1. P. 45–50.
3. Pinar Sumer A., Arik N., Sumer M. et al. A rare complication of secondary hyperparathyroidism. Brown tumor of the maxilla and mandible // Saudi Med. J. 2004. Vol. 25, № 12. P. 2010–2012.
4. Praveen A.H., Thriveni R. Maxillary and mandibular hyperparathyroidism // Natl. J. Maxillofac. Surg. 2012. Vol. 3, № 1. P. 51–54.
5. Soundarya N., Sharada P., Prakash N., Pradeep G. Bilateral maxillary brown tumors in a patient with primary hyperparathyroidism: report of a rare entity and review of literature // J. Oral. Maxillofac. Pathol. 2011. № 15. P. 56–59.

Поступила в редакцию 30.09.2015 г.